

- / В.Г. Богомяков // Гражданская трибуна Тюменской области. — Тюмень, 2006. — № 18. — С.2.
5. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / А.М. Вейн. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000. — 752 с.
 6. Гогин, Е.Е. Органы-мишени артериальных гипертоний и становление гипертонической болезни / Е.Е. Гогин // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2006. — № 2. — С.10.
 7. Гулевич, Э.А. Алгический синдром как вариант маскированной депрессии, его вариативность и развитие ипохондрического синдрома у сотрудников ОВД / Э.А. Гулевич, Л.В. Гулевич // Мед. вестник МВД. — 2006. — № 1(20). — С.27—29.
 8. Дудко, Т.Л. Артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь) / Т.Л. Дудко // Заболевания, являющиеся показаниями для проведения медико-психологической реабилитации. Центр Управления делами Президента. — М., 2006. — С.5.
 9. Егорова, И.А. Использование методологии доказательной медицины для выбора оптимальных инновационных методов в реабилитологии / И.А. Егорова, В.К. Решетняк, П.С. Турзин // Материалы V Междунар. конф. по реабилитологии. — М.: Златограф, 2005. — С.192—193.
 10. Ефимов, А.П. Медико-социальная реабилитация и ее высшая цель / А.П. Ефимов // Материалы V Междунар. конф. по реабилитологии. — М.: Златограф, 2005. — С.194—195.
 11. Кирюхин, О.Л. Опыт работы психологической службы УВД Рязанской области и Центра практической психологии РГПУ им. С.А. Есенина по психологической реабилитации детей — жертв теракта в г. Беслан / О.Л. Кирюхин, А.Г. Филичкин [и др.] // Мед. вестник МВД. — 2006. — № 1(20). — С.23—26.
 12. Методические рекомендации. Организация медико-психологического обеспечения сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, выполняющих задачи в особых условиях. — М., 2005. — 47 с.
 13. Мягих, Н.И. Современные приоритеты при организации медико-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел / Н.И. Мягих, А.В. Каляев // Мед. вестник МВД. — 2006. — № 5(24). — С.1—2.
 14. Мягих, Н.И. Современные методические подходы к организации медико-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел / Н.И. Мягих, А.В. Каляев // Мед. вестник МВД. — 2006. — № 6(25). — С.1—3.
 15. Сипко, Г.В. Психосоматические аспекты гипертонической болезни: значение для реабилитации / Г.В. Сипко // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2006. — № 2. — С.61—62.
 16. Субботина, Н.А. Влияние посттравматического синдрома стрессовых расстройств на развитие заболеваний у сотрудников органов внутренних дел Свердловской области, вернувшихся из командировки в Северо-Кавказский регион / Н.А. Субботина // Мед. вестник МВД. — 2006. — № 1(20). — С.1—2.
 17. Шогенов, А.Г. Значение системного комплексного мониторинга психосоматических заболеваний у сотрудников ОВД с целью сохранения профессионального долголетия / А.Г. Шогенов, А.М. Муртазов, А.В. Кравцов // Современные технологии восстановительной медицины и реабилитации. Специализированная мед. помощь: сб. тр. науч.-практ. конф., посвящ. 80-летию мед. службы ГУВД по Свердл. обл. / под ред. А.В. Лимонова [и др.]. — Екатеринбург: Изд-во «Урал», 2009. — С.77—78.
 18. Шогенова, А.Б. Артериальная гипертония и факторы риска атеросклероза у женщин — сотрудников правоохранительных органов / А.Б. Шогенова, А.Г. Шогенов А.А. Эльгаров // Актуальные вопросы развития ведомственной медицины МВД России: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 75-летию мед. службы ГУВД СПб. и Ленинградской обл. (сент. 2006 г.). — С.355.
 19. Шогенов, А.Г. Медицинские и психологические аспекты профилактики ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии среди сотрудников правоохранительных органов / А.Г. Шогенов А.А. Эльгаров // Актуальные вопросы развития ведомственной медицины МВД России: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 75-летию мед. службы ГУВД СПб. и Ленинградской обл. (7—9 сент. 2006 г.). — С.354—355.
 20. Шостак, П.Г. Психологические факторы риска развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у сотрудников органов внутренних дел / П.Г. Шостак, Д.А. Шеина, В.Н. Клейменов // Мед. вестник МВД. — 2005. — № 3(16). — С.16—17.

© Буренина И.А., Хасанов В.В., 2011

УДК 616.65-002-08-849.11

ПРИМЕНЕНИЕ БЕГУЩЕГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

ИРИНА АЛЕКСЕЕВНА БУРЕНИНА, канд. мед. наук, доцент кафедры реабилитологии и спортивной медицины
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ

ВЛАДИМИР ВЛАДИМИРОВИЧ ХАСАНОВ, врач-уролог высшей квалификационной категории Клинического госпиталя
ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан

USE OF RUNNING MAGNETIC FIELD IN THE COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

I.A. BURENINA, V.V. KHASANOV

Хронический простатит в настоящее время остается наиболее распространенным заболеванием среди мужчин. Согласно статистическим данным простатитом болеют от 25 до 40% мужчин, причем, как правило, наиболее трудоспособного возраста (25—50 лет) [2, 3, 6].

Хронический простатит рассматривается как полиэтиологическое заболевание, в основе возникновения и рецидивирования которого, помимо

действия инфекционных факторов, лежат нейровегетативные и гемодинамические нарушения. Актуальность проблемы имеет большое медико-социальное значение ввиду длительного, рецидивирующего течения заболевания, нарушающего копулятивную и репродуктивную функции, снижающего качество жизни больного и приводящего к астенизации и нарушениям в психоэмоциональном статусе пациентов [2, 8].

Отечественными урологами в комплексном лечении хронического простатита широко применяются разнообразные физиотерапевтические воздействия, которые направлены на купирование воспаления (противовоспалительные методы), уменьшение боли (анальгетические методы), купирование застойных явлений и уменьшение склеротических изменений в последующем (дефибрирующие методы) и повышение иммунитета (иммуностимулирующие методы) [1, 5, 7].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения бегущего магнитного поля от магнитотерапевтического аппарата «Амо-Атос» в комплексном лечении больных хроническим простатитом с позиций доказательной физиотерапии [4].

Было проведено клиническое исследование 50 пациентов, страдающих хроническим простатитом, с длительностью заболевания от 2 до 10 лет. Средний возраст пациентов составил 39 лет. С целью соблюдения принципа «ослепления» исследования от пациентов был скрыт факт участия в клиническом исследовании и принадлежности к экспериментальной или контрольной группе [4]. Курс лечения в стационаре составлял 21 день (табл. 1, 2).

Т а б л и ц а 1

Распределение больных по возрасту

Группа больных	20—30 лет	31—40 лет	41—50 лет	51—60 лет
Основная (n=30)	3	12	10	5
Контрольная (n=20)	1	10	7	2
Всего (n=50)	4	22	17	7

Т а б л и ц а 2

Распределение больных в зависимости от длительности заболевания в анамнезе

Группа больных	Длительность заболевания в анамнезе	
	3—5 лет	Более 5 лет
Основная (n=30)	18	12
Контрольная (n=20)	12	8
Всего (n=50)	30	20

Исследуемые пациенты методом случайного отбора были разделены на 2 группы. Основную группу составили 30 больных, получавших стандартный общепринятый комплекс лечения в сочетании с ежедневным воздействием бегущим магнитным полем на надлобковую зону и область промежности от магнитотерапевтического аппарата «Амо-Атос». Контрольную группу (плацебо) составили 20 пациентов, получавших такой же комплекс лечения, но с отключенными от разъемов аппарата «Амо-Атос» излучателями. Все больные прошли стандартное обследование, включающее: общий анализ крови с лейкоформулой, общий анализ мочи с посевом на микрофлору, биохимическое исследование крови (креатинин, ФГП, мочевины, липидный профиль, глюкоза), анализ мочи по Нечипоренко, пробу Зимницкого, диагностика на ИПЦР, ультразвуковое исследование мочевого пузыря и простаты, пальцевое ректальное обследование предстательной железы и урофлоуметрию, уретероцистоскопия (по показаниям), а также всем пациентам проводилась оценка симптоматики по Международной шкале IPSS, качество жизни оценивали по опроснику «САН».

Для пациентов обеих групп стандартный комплекс лечения включал: антибактериальные препараты,

альфа-1-адреноблокаторы, ректальные суппозитории «Витапрост», витамины А, С, Е, массаж простаты, инстилляции уретры 1% раствором проторгола по показаниям.

Материал и методы. Воздействие бегущим магнитным полем (БемП) осуществляли отечественным магнитотерапевтическим аппаратом «Амо-Атос» (регистрационное удостоверение № 29/10071001/3132-02 от 12.03.2002 г.) с магнитной индукцией на рабочей поверхности излучателей 45 мТл, располагая парные призматические излучатели в надлобковой и паховой области. Частоту модуляции бегущего магнитного поля у пациентов основной группы первые 2 процедуры устанавливали 1 Гц, затем следующие 6 процедур частоту увеличивали до 5 Гц, оставшиеся 7 процедур частота составляла 10 Гц. Время проводимого сеанса составляло для первых двух процедур — 10 мин, все последующие проводили в течение 15—20 мин. Курс лечения составил 15 ежедневных процедур.

Во время процедуры низкочастотной магнитотерапии пациент не испытывает никаких ощущений, так как в организме человека отсутствуют специальные рецепторы, воспринимающие электромагнитные колебания, в отличие от других физиотерапевтических процедур, при которых пациент ощущает тепло, вибрацию, покалывания, мышечные сокращения и др. [1, 5].

Пациенты контрольной группы (плацебо) получали лечение по такой же методике, что и пациенты основной группы (время процедуры, расположение излучателей), но с отключенными от разъемов аппарата «Амо-Атос» излучателями.

Согласно литературным данным последних лет, магнитотерапия улучшает микроциркуляцию и регенерацию в тканях, активирует противосвертывающую систему крови, способствует разрешению застойных явлений в органах малого таза, а также способствует увеличению концентрации фармакологических препаратов в зоне воздействия [1, 5, 7].

Т а б л и ц а 3

Распределение больных по классификации простатитов, предложенной Национальным институтом здоровья США (NIH), 1995 г.

Категория простатита	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=20)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
I. Острый простатит	0	0	0	0
II. Хронический инфекционный простатит	4	13,3	1	5
IIIA. Хронический неинфекционный простатит с наличием воспалительного компонента	6	20	6	30
IIIB. Хронический неинфекционный простатит без воспалительного компонента	19	63,3	13	65
IV. Бессимптомный простатит	1	3,3	0	0

Практически все пациенты предъявляли жалобы на боли, дизурические явления, ослабление струи мочи и нарушения половой функции.

Основным параметром оценки эффективности предложенного лечения в нашем исследовании служила Международная шкала симптомов IPSS, а также исследование параметров урофлоуметрии —

Распределение больных по клиническим признакам

Основные жалобы при поступлении	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=20)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Боли в промежности, мошонке, над лоном	23	76,6	14	70
Вялость струи мочи	24	80	15	75
Никтурия	18	60	11	55
Учащенное мочеиспускание	21	70	13	65
Затрудненное мочеиспускание	22	73,3	13	65

Таблица 5

Динамика основных показателей, примененных для оценки эффективности лечения

Показатели	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=20)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Средний балл по Международной системе суммарной оценки заболеваний простаты (IPSS)	12,6±1,8	4,8±1,3	12,9±1,2	7,8±1,1
Средняя максимальная скорость мочеиспускания, Q _{max} , мл/с	11,6±2,6	19,4±5,4	11,8±2,4	14,8±5,2
Количество остаточной мочи в мочевом пузыре, мл	55,6±3,5	39,6±2,2	55,2±4,6	44,6±2,8

Таблица 6

Динамика основных показателей теста «САН» до и после лечения у больных с хроническим простатитом (n=50)

Группа больных	Основные показатели теста «САН»					
	Самочувствие		Активность		Настроение	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Основная группа (n=30)	2,8±0,8	5,8±0,8	2,4±0,7	6,2±0,8	2,2±0,6	5,9±0,4
Контрольная группа (n=20)	2,9±0,4	4,7±0,6	2,3±0,7	4,8±0,6	2,3±0,2	5,2±0,4

максимальной скорости мочеиспускания (Q_{max}) и количество остаточной мочи в мочевом пузыре до и после лечения.

До начала лечения средний суммарный балл симптоматики по Международной шкале IPSS в основной группе составлял 12,6±1,8, в контрольной группе — 12,9±1,2, средняя максимальная скорость мочеиспускания (Q_{max}) в основной группе составляла 11,6±2,6, а в группе сравнения — 11,8±2,4. Количество остаточной мочи в мочевом пузыре в основной группе в среднем было (55,6±3,5) мл, в контрольной — (55,2±4,6) мл.

Через 3 нед лечения в обеих группах отмечено снижение суммы баллов по шкале IPSS: в основной группе с 12,6±1,8 до 4,8±1,3, т.е. на 7,8 балла, а в группе сравнения с 12,9±1,2 до 7,8±1,1 — всего на 5 баллов. Максимальная скорость мочеиспускания в основной группе возросла на 7,8 мл/с, в контрольной группе — на 3,0 мл/с. Так же произошло уменьшение количества остаточной мочи в мочевом пузыре на 15 мл [с (55,6±3,5) мл до (39,6±2,2) мл] в основной группе и на 10,6 мл [с (55,2±4,6) мл до (44,6±2,8) мл] в контрольной группе.

По данным анализа показателей теста «САН», в основной группе произошло более выраженное, чем в контрольной группе, повышение показателей уровня самочувствия, активности и настроения. По шкале «самочувствие» на 3,0 балла в основной группе, а в контрольной — на 1,9 балла. Показатели «активности» возросли в основной группе на 3,8 балла, в контрольной на 2,5 балла, а уровень настроения — на 3,7 и 2,9 балла соответственно. Результаты теста «САН» являются, на наш взгляд, очень важными, так как они максимально отражают изменения качества жизни пациентов.

На фоне проведенной комплексной терапии у больных основной клинической группы произошло

более выраженное субъективное и объективное улучшение общего состояния, снижение или исчезновение большинства симптомов хронического простатита по сравнению с контрольной группой (плацебо).

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что полученные результаты свидетельствуют об эффективности использования бегущего магнитного поля в комплексном лечении больных, страдающих хроническим простатитом, что свидетельствует о целесообразности включения данного метода в комплексную терапию больных, страдающих хроническим простатитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбов, В.М. Медицинская реабилитация (руководство): в 3 т. / В.М. Боголюбов; под ред. В.М. Боголюбова. — М., 2007.
2. Гуськов, А.Р. Наша концепция хронического простатита / А.Р. Гуськов // Врачебное сословие. — 2004. — № 5—6. — С.46—50.
3. Каприн, А.Д. Хронический абактериальный простатит / А.Д. Каприн, К.Н. Миленин, К.В. Иваненко // Материалы пленума правления Российского общества урологов, 8—10 июня 2004 г. — М.; Саратов, 2004. — С.236—237.
4. Пономаренко, Г.Н. Основы доказательной физиотерапии / Г.Н. Пономаренко. — СПб.: ВМедА, 2003. — 224 с.
5. Пономаренко, Г.Н. Частная физиотерапия: учеб. пособие / Г.Н. Пономаренко; под ред. Г.Н. Пономаренко. — М.: ОАО «Изд-во «Медицина», 2005. — 744 с.
6. Пушкарь, Д.Ю. Хронический абактериальный простатит: современное понимание проблемы / Д.Ю. Пушкарь, А.С. Сегал // Врачебное сословие. — 2004. — № 5—6. — С.9—11.
7. Физиотерапия: национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.